Lane Medical Library

Die vaginalen Totalextirpationen des Uterus aus der Hallenser Frauenklinik

vom 1. Oktober 1896 bis 1. Januar 1901.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin u. Chirurgie

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

am Sonnabend, den 30. März 1901

öffentlich vortragen wird

Ida Democh

approb. Ärztin

aus ~~Lyck~~ (Ostpr.)

HALLE a. S.

R. Paul Nietschmann Buchdruckerei

1901.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Halle.

Referent: Prof. Dr. Fehling.

Harnack
z. Zt. Dekan.

Meinen verehrten Eltern

in Dankbarkeit und Liebe

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0223

Die folgende Arbeit soll ein Beitrag sein zu der Statistik der vaginalen Totalextirpationen des Uterus und findet ihre volle Berechtigung von dem Gesichtspunkte aus, dass nur durch sorgsame Statistiken der Vor- und Nachteil einer Operation, die Weite der Indikationen, sowie ihre Erfolge klargestellt werden können.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um das nach verschiedenen Richtungen der Indikation hin reichhaltige Material der Hallenser Frauenklinik vom 1. Oktober 1896 bis zum 1. Januar 1901, wobei in 209 Fällen die rein vaginale Methode angewandt, bei sechs dagegen der Bauchschnitt noch nachträglich angeschlossen wurde.

Bei den rein vaginalen Fällen kamen als Indikation für den operativen Eingriff in Betracht:

I. Neubildungen und zwar Carcinome in 129 Fällen:

Carcinoma vaginae	2	male,
Carcinoma portionis	61	„
Carcinoma cervicis	54	„
Carcinoma corporis	12	„
Sarkom (1 Deciduosarkom)	9	„
Myom	28	„
II. Prolapsus uteri	11	„
III. Metroendometritiden	5	„
IV. Chronische Adnexerkrankungen	25	„
V. Varia	2	„

Der leichteren und genaueren Übersicht wegen will ich die Häufigkeit der Fälle nach den einzelnen Jahrgängen ordnen:

	Carcinom	Sarkom	Myom	Prolaps.	Metro-endo-metritis	Chron. Adnex-Er-krankung.	Varia
1896 v. 1. Okt.	7	1	2	2	—	—	—
1897	30	2	8	4	2	10	1
1898	33	2	9	1	1	4	1
1899	30	2	4	2	1	8	—
1900	29	2	5	2	1	3	—

Unter Varia sind folgende Fälle gerechnet: ein komplizierter Beckenabscess bei einer 25 jährigen Primipara, der auf gonorrhoischer Basis beruhte und durch Fiebererscheinungen, Urinbeschwerden und Kreuzschmerzen die erkrankte Frau arbeitsunfähig machte. Der Verlauf dieses Falles nach der Operation war ein glatter, die höchste Temperatur, die nach der Entfernung der Beckenbauchhöhlentamponade eintrat, betrug 38,6° C. Am 16. Tage p. op. wurde Patientin geheilt entlassen.

Der zweite Fall betraf eine 35 jährige Frau, die 4 male geboren und einmal abortiert hatte. Ihre hauptsächlichsten Beschwerden bestanden in ziehenden Schmerzen im Unterleib, zu denen sich zuweilen geringe Blutungen in der intermenstruellen Zeit gesellten. Es wurde die Diagnose auf Haematocele retrouterina infolge eines inkompletten tubaren rechtsseitigen Abortes gestellt, wobei noch ein Tumor tubo-ovarialis sin. bestand. Auch hier war der Verlauf ohne Komplikationen, Patientin konnte am 24. Tage p. op. geheilt entlassen werden.

In Prozenten ausgedrückt, stellten sich die Arten der Erkrankungen, welche zur Totalextirpation Anlass gaben, folgendermassen:

Carcinome	61,72%
Sarkome	4,30%
Myome	13,40%
Prolapsus uteri	5,26%
Chronische Metritiden	2,39%
Chronische Adnexitiden	11,96%
Varia	0,96%

Bei den oben angeführten Carcinomfällen handelt es sich nicht immer um eine reine Lokalisation auf Portio, Cervix oder Corpus uteri; ich habe unter die 61 Portiocarcinomfälle zwei Fälle gerechnet, wo zugleich Cervixcarcinom bestand; zwei Fälle, wo Vagina und Portio affiziert waren; einen, der mit Prolapsus uteri incompletus et Inversio vaginae einherging und einen, der mit einfachem Descensus vaginae ant. und post. verbunden war.

Bei den Carcinomen der Vagina ist einmal das linke Parametrium bereits carcinomatös infitriert.

Diese carcinomatöse Infiltration tritt 7 mal unter den 54 Cervixcarcinomen auf, einmal besteht ferner zugleich Carcinom der Vagina, und in 2 Fällen ist die Portio an dem malignen Prozess mitbeteiligt.

Die 12 Corpuscarcinome sind ziemlich auf den Uterus beschränkt: in 1 Falle ist ein entartetes Myom der Ausgangspunkt für das Carcinom, in einem anderen sind auch die mikroscopisch untersuchten Ovarien sekundär mitbeteiligt, in 2 Fällen bestehen neben dem Carcinom noch Myomata uteri.

Was die Myome anbetrifft, so waren von den 28 zwei bereits erweicht und eins davon im Stadium der Ausstossung.

Der Vollständigkeit halber wäre noch die Mitbeteiligung resp. die daneben bestehende Erkrankung der Adnexe in Betracht zu ziehen, wodurch für deren Mitentfernung zugleich eine absolute Indikation gegeben ist. So bestand neben einem Cervixcarcinome ein tuboovarieller Tumor, neben einem Portiocarcinom ein Kystoma ovarii dextri und ein anderes Mal, was nebenbei erwähnt sei, eine Pelvioperitonitis exsudativa.

Bei einem Myoma uteri war ein doppelseitiger parovarialer Tumor vorhanden; bei einem Prolaps uteri eine doppelseitige Pyosalpinx und in einem weiteren Falle ein rechtsseitiger Ovarialtumor.

Die chronischen Adnexerkrankungen gingen 3 male mit adhaesiver Pelvioperitonitis einher, einmal nur wurde eine Pelvioperitonitis non adhaesiva konstatiert.

Durch die Erwähnung der Mitbeteiligung der Uterusadnexe ergiebt sich die Frage von selbst, in wie vielen Fällen der totalen Uterusextirpation die Adnexe mit entfernt wurden. Bei den 209 rein vaginalen Operationen wurden entfernt:

Tuben allein in	2	Fällen,	
Tuben und Ovarien in	180	„	
ein Ovarium in	14	„	sodass nur
die Adnexe in	13	„	belassen wurden.

Bei dieser Zusammenstellung muss naturgemäss als Ergänzung der Fertilitätsgrad der operierten Frauen mit erwähnt und in Betracht gezogen werden. Die Zahl der vorangegangenen Geburten ergiebt sich aus folgender Tabelle:

Nulliparae	30	Frauen	= 14,35 %
I parae	18	„	= 8,61 %
II—V parae	78	„	= 37,36 %
Multiparae	83	„	= 39,71 %

Frühgeburten und Aborte waren dabei in Summa 183 ausserdem zu verzeichnen, wovon die Mehrgebärenden, besonders die II—V parae betroffen sind.

Wenn wir nun eine tabellarische Übersicht nur über die malignen Neubildungen haben wollen, so verteilt sich im Hinblick auf die vorausgegangene Zahl der Entbindungen der Prozentsatz in folgender Weise:

Nulliparae	9	Fälle =	6,52 %,
Primiparae	6	„ =	4,35 %
II—V parae	49	„ =	35,51 %
Multiparae	74	„ =	53,62 %;

die vorausgegangenen Frühgeburten und Aborte betragen zusammen 113.

Die eben angeführten Zahlen bestätigen auch dieses Mal die Ansicht, dass die Fertilität der Frau in gewissem Zusammenhange mit der malignen Neubildung am Genitalapparat steht, die ursächlichen Beziehungen jedoch sind, wie ja das Carcinom im anatomisch-pathologischen Sinne auch, noch ziemlich unklar. Doch widerstrebt es mir, das so gerne zur Erklärung herangezogene häufige Trauma (Geburt) als aetiologisches Moment anzunehmen; die gesetzten Narben können nur als Locus minoris resistentiae mit in Erwägung gezogen werden. Und ich möchte nur bemerken, dass nur ältere Frauen auf eine grössere Fruchtbarkeit zurückblicken können, und das Carcinom wiederum Personen über 40 Jahre am meisten befällt.

Alle 9 hier vorliegenden Fälle maligner Neubildung bei Nulliparen sind Carcinome, bei keiner Frau war ein Abort vorangegangen (eine war gravid im II. Monat), nirgends kann man hier ein Trauma als begünstigendes aetiologisches Moment annehmen, und doch sind 9 Fälle unter 209 ein relativ hoher

Prozentsatz. Nun sind 6 der erkrankten Frauen 40 Jahre alt und darüber, 2 sind älter als 34 Jahre (darunter die Gravida) und eine Frau erst 26 Jahre. Leider bestehen in den anamnestischen Daten keine Anhaltspunkte über eventueller hereditärer Belastung, die besonders für die im jugendlichen Alter Erkrankten von grossem Interesse wären.

Doch nun kehre ich in den engeren Rahmen meiner Arbeit zurück, und da muss bei näherer Prüfung der Angaben über Adnexentfernungen das eingeschlagene Verfahren im ersten Augenblick wenig konservativ erscheinen. Von 209 Fällen werden in Summa nur 29 male beide oder ein Ovarium zurückgelassen: beide Ovarien wurden 15 male belassen, 14 male nur eins entfernt und zwar in folgender Verteilung:

	I. beide belassen	II. eins entfernt
Bei Carcinom und Sarkom	10 male	9 male
„ Myom	3 „	1 „
Prolaps	2 „	3 „
Adnextumor	— „	1 „

Dabei ist noch zu erwähnen, dass bei allen Neubildungen, woselbst beide Ovarien zurückblieben, alle Frauen das 43. Lebensjahr überschritten hatten, bei den Prolapsfällen waren sie 35 und 53 Jahre alt. Unter den Fällen von II sind nur 4 Frauen jünger als 45 Jahre, diese litten an Sarkom, Cervixcarcinom und Abcessus ovarii sin.

Abgesehen von den Fällen, in denen die Entfernung der Adnexe durch Erkrankung absolut indiziert war, wurde in der Hallenser Klinik schon seit Jahren die Adnexoperation mit der Uterusentfernung bevorzugt, weil — und hier gebe ich die Ansicht meines Lehrers Herrn Prof. Dr. Fehling wieder — bei Belassung der Adnexe Beschwerden schmerzhafter und nervöser

Natur auftraten, die oft nur durch die spätere radikale Beseitigung der Ovarien und Tuben gehoben werden konnten. Runge[1]) spricht sich auch für die totale Entfernung der Adnexe aus und hat beobachtet, dass die zurückgebliebenen Ovarien namentlich bei noch menstruierenden Frauen sehr oft lästige Molimina menstrualia verursacht haben, zudem muss befürchtet werden, dass sie bei malignen Neubildungen den Boden für Metastasen abgeben können. Doyen[2]) plaidiert in folgender Weise für eine radikale Entfernung des Uterus mit den Adnexen: „Il nous suffira de conclure ici, que, de même que Battey, Hegar et Lawson-Tait ont méconnu dans les cas d'inflammations pelviennes, le rôle si important de l'utérus, Péan est tomber dans un excès analogue en méconnaissant le rôle des annexes pour tout attribuer à l'utérus et se contenter de sa seule extirpation. La castration tubo-ovarienne de Battey, Hegar et Lawson-Tait et la castration uterine de Péan sont des opérations incomplètes."

Diesen Ansichten gegenüber steht nun das konservative Verfahren A. Martin's[3]), und auch Leopold[4]) äussert sich — abgesehen davon, dass er bei malignen Neubildungen der Gebärmutter auch die anscheinend gesunden Ovarien entfernt — in Hinsicht auf Myomoperationen folgendermassen: „Ist dies nicht der Fall", (d. h. sind die Adnexe gesund) „so lässt man besser der Kranken die Organe, da der Verbleib der Eierstöcke die zu erwartenden klimakterischen Beschwerden nicht

[1]) Hermann Meyer: 31 Totalextirpationen des Uterus aus der Göttinger Frauenklinik. Inaug.-Dissert. 1894.

[2]) E. Doyen: Traitment chirurgical des affections inflammatoires et néoplastiques de l'utérus et de ses annexes; Paris 1893.

[3]) A. Martin: Über Myomoperationen, Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. 20, Heft 1.

[4]) G. Leopold: Archiv f. Gynaekologie, Bd. 52, Heft 3.

herbeirufen oder wenigstens auf ein sehr geringes Maass herabsetzen wird. Jedenfalls stehe ich unter dem Eindrucke, dass alle diejenigen Operierten, bei denen die gesunden Adnexe zurückgeblieben sind, späterhin viel weniger über klimakterische Beschwerden zu klagen hatten, als die, welche durch die Mitentfernung der Adnexe vollkommen geschlechtslos geworden waren!"

So steht Ansicht gegen Ansicht und späteren Zusammenstellungen bleibt es überlassen, einheitlichere Meinungen durch genaue Nachfrage bei den Operierten zu erzielen.

Vom physiologisch-anatomischen Standpunkte aus kämen mancherlei Erwägungen in Betracht, die einige Berücksichtigung verdienen.

So hat sich bei späteren Untersuchungen der zurückgelassenen Ovarien sehr bald eine Atrophie derselben ergeben, wodurch sie als gesund und damit funktionsfähig nicht mehr ausgesprochen werden können; andererseits ist bisher der Beweis noch nicht erbracht, dass das Ovarium Stoffe liefert, die für den Organismus etwa von ähnlicher Bedeutung wären, wie es bei der Schilddrüse der Fall ist, und dass dann durch die Entfernung der Ovarien und den Ausfall jener theoretisch angenommenen Stoffwechselprodukte der Drüse Störungen im Allgemeinbefinden resultieren müssen. Zuweilen sind auch Schwellungen schmerzhafter, entzündlicher Natur bei den belassenen Organen jüngerer Frauen konstatiert worden; ob dieselben nun auf Stauungserscheinungen von seiten der Art. spermatica int., die ja normaler Weise nur eine untergeordnete Rolle bei der Versorgung des Genitalapparates spielt, zurückzuführen sind oder auf anderweitige schädigende Einflüsse, entzieht sich der Beurteilung, weil das Material in der Litteratur darüber wenig oder keine Anhaltspunkte giebt.

In den oben angeführten Fällen sind die meisten Patientinnen in einem Alter, wo die Geschlechtsorgane und vornehmlich die Ovarien einem Rückbildungsprozess anheimfallen, dass ihre Nichtentfernung nur mit Rücksicht auf Metastasenbildung von Belang sein dürfte. Über die jüngeren Patientinnen lagen leider keine späteren Berichte vor, die hier verwertbar wären.

Die in der hiesigen Frauenklinik geübte Operationsmethode gestaltet sich, natürlich mit Berücksichtigung des einzelnen Falles, in gröberen Zügen geschildert, folgendermassen: Nach gründlicher Desinfektion der äusseren Genitalien und der Vagina, sowie der Bauchdecken — damit eine Laparatomie eventuell sofort angeschlossen werden kann — wird die narkotisierte Patientin in Steinschnittlage gebracht, und das Operationsgebiet mit Rinnen freigelegt; für die hintere Wand eignete sich dabei das Speculum von Martin am besten. Nun wird die Vaginalportion mit zwei Muzeux kräftig herabgezogen und wie bei der hohen Cervixexcision Schröders zirkulär umschnitten, der Schnitt dringt bis ins Parakolpium. Alsdann wird am besten stumpf die Blase samt den Ureteren abgelösst und nur gröbere Züge mit der Scheere durchtrennt; dieser Akt ist bei ausgebreiteten Cancroiden oft recht schwierig, aber man kann doch meist Blasen- oder Ureterenverletzung vermeiden. Etwaige blutende Stellen werden umstochen oder abgeklemmt. Jetzt folgt die Eröffnung des Douglas. Die Douglasfalte wird unter Leitung des eingeführten Zeigefingers zuerst links umstochen, dann die Parametrien bis zur Uterina; die umstochenen Gewebsbündel werden an das Scheidengewölbe angenäht, die Uterina wird doppelt unterbunden und der sie umschnürende Faden sofort versenkt. In gleicher Weise

wird die Abtrennung der rechten Parametrien vorgenommen. Nach der nun folgenden Eröffnung des vorderen Douglas fällt in leichteren Fällen der Uterus schon herab, in anderen zieht man ihn durch immer höheres Einsetzen der Muzeux nach vorn oder umgestülpt nach hinten mit dem vorangehenden Fundus heraus. Darauf werden auf jeder Seite die Ligamente und Adnexe abgeklemmt, die letzteren werden prinzipiell mitentfernt und, wenn möglich, jetzt schon abgeklemmt. Nachdem hierauf der Uterus abgetragen worden ist, werden die Stümpfe jeder Seite mit einem doppelten Faden umschnürt, der vordere und hintere Teil vorsichtshalber noch an die Vagina angenäht, was sich besonders bei Vorfällen empfiehlt, da dadurch ein stärkerer Zug nach oben zustande kommt.

Nun folgt die Revision der meist vorher mit einem oder mehreren Gazetampons abgeschlossenen Bauchhöhle, blutende Stellen werden mit Klemmen gefasst, vorgezogen, unterbunden oder umstochen. Dann folgt die Peritonealnaht nach dem Vorschlage von Kaltenbach, welche auf beiden Seiten so beginnt, dass im vorderen und hinteren Winkel die ligierten Stümpfe extraperitoneal angenäht werden, und dann wird die übrige Bauchfellwunde ganz geschlossen. Bei unreinen Operationen, wenn verdächtiges Sekret vom Cervix oder einem Pyosalpinx in die Bauchhöhle gelangt ist, oder wenn es noch blutig nachsickert, wird die Naht durch die Tamponade mit steriler Gaze oder Jodoformgaze ersetzt. Zum Schluss wird die vordere mit der hinteren Vaginalwand beiderseits durch je eine Seidennaht vereint und zwar so, dass die Stümpfe lateralwärts bleiben. Der subseröse Raum wird mit einem Gazestreifen und die Vagina zuletzt mit Jodoformgaze kräftig tamponiert.

In diesen 209 vaginalen Operationen wurde das Peritoneum 145 mal geschlossen, 9 mal blieb ein kleiner Spalt in der Mitte und 55 mal fand Beckenbauchhöhlentamponade statt, wobei im Ganzen in 9 Fällen Klemmen appliziert und liegen gelassen wurden. Fehling macht in reinen Fällen prinzipiell die Peritonealnaht und auch andere Operateure wie Hofmeier, Leopold, Martin, Schauta, von Teuffel u. A. haben sehr gute Resultate in dieser Hinsicht zu verzeichnen gehabt, Martin betont sogar, dass er eine Verbesserung seiner Statistik konstatieren konnte, als er das Offenbleiben der Bauchhöhle mit der Peritonealnaht vertauschte. Was die Verweilklemmen (Pinces à demeure) von Péan und Richelot betrifft, so werden dieselben von P. Müller und besonders Landau und Abel[1]) aufs Wärmste empfohlen, Frommel, Zweifel u. A. äussern sich gleichfalls sehr befriedigt. Es wird den Klemmen die sichere Blutstillung, der minimale Blutverlust, die erhebliche Kürze der Operation und die geringe Gefahr der Nebenverletzungen nachgerühmt. G. Winter[2]) äussert sich im Hinblick auf die Nebenverletzungen weniger optimistisch, denn man muss bedenken, dass, falls hoch oben abgeklemmt werden muss, man im Dunkeln arbeitet, und im Bereich des sichtbaren Operationsgebietes ist, wie Pozzi und Bücheler[3]) betonen, die Applikation von Verweilklemmen eigentlich ein ganz unchirurgisches Verfahren.

In der hiesigen Klinik werden nur als Notbehelf, und wenn eine Blutung anders nicht zu stillen ist, Klemmen liegen

[1]) Abel, Archiv f. Gynaekologie, Band 46, Heft 1.

[2]) G. Winter, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, Band 43, Heft 3.

[3]) Bücheler, ibidem, Band 30, Heft 2.

gelassen, doch muss man auf eine Nachblutung immer gefasst sein. In Hinsicht auf die Dauererfolge hat die Klemmbehandlung bis jetzt nicht mehr geleistet als die Nahtmethode, und wenn Landau meint, dass durch die Péan'sche Methode die Indikation zur Operation erweitert wird, so ist das zu weit gegangen; denn eine rationelle Palliativbehandlung leistet bei den weiter fortgeschrittenen Fällen maligner Neubildung unter geringeren Gefahren dasselbe.

Über die Nachbehandlung nach der Totalextirpation will ich mich kurz fassen: Sie ist im grossen und ganzen ähnlich wie bei der Laparatomie, nur dass die Heilungsdauer eine kürzere ist. Zweiwöchentliche Bettruhe genügt bei den glatt verlaufenden Fällen reichlich. Die Gazetamponade der Bauchhöhle wird, nachdem der erste Stuhlgang erfolgt ist, meist am 6. Tage entfernt. Sind Klemmen liegen geblieben, so werden sie nach 48 Stunden herausgenommen; dabei machte sich in den meisten Fällen fast regelmässig eine Steigerung der Temperaturkurve auf 38,5°—39,0° C bemerkbar. Die Nähte werden gewöhnlich am 12. Tage entfernt. Die Entlassung der geheilten Patientinnen erfolgte im Durchschnitt am 16. Tage post operationem, die geringere Zahl verliess das Krankenhaus erst nach Ablauf der dritten Woche.

Die Indikation zur Totalextirpation gaben in der Mehrzahl der Fälle (66,2%) maligne Neubildungen, darunter 4,3% Sarkom des Cervix oder Corpus uteri. 2 male wurde bei Carcinoma vaginae operiert, wobei einmal das linke Parametrium ergriffen war und 2 Fälle von Portiocarcinom mit Vaginalcarcinom kompliziert waren; bei Cervixcarcinom bestand 7 male Infiltration der Parametrien. Nach Gusserow[1])

[1]) Gusserow, Berliner klin. Wochenschrift 1891, No. 47.

wäre hier eine Operation kontraindiciert gewesen, er sagt: „Wenn die Erkrankung sichtbar und fühlbar auf die Umgebung (Scheide und Beckenbindegewebe) übergegriffen hat, so ist die Operation zu unterlassen — auch in den Fällen, wo sie technisch vielleicht noch ausführbar ist.“ Diese Forderung ist zwar berechtigt, aber schwer durchführbar, wenn der Arzt radikale Heilung auch in etwas fortgeschritteneren Fällen anstrebt.

Bezüglich der Dauerresultate verweise ich auf die Inauguraldissertation von W. Reipen[1]), der die Carcinomfälle der Hallenser Klinik vom 1. IV. 1887—31. III. 1900 eingehend geprüft hat. Die später operierten 27 Fälle maligner Neubildung, die in diese Arbeit aufgenommen sind, können wegen der Kürze der Zeit auf Dauererfolge noch nicht verwertet werden. — Von diesen 27 Fällen starben 2: ein Carcinoma cervicis bei einer 55 jährigen Frau ging an Marasmus und Herzschwäche 19 Tage nach der Operation zu Grunde; die zweite 51 jährige Patientin mit Cervixcarcinom verstarb an Pneumonie, Gangraena pulmonum und chron. Peritonitis unter den Erscheinungen zunehmender Sepsis. Bei beiden war Beckenbauchhöhlentamponade gemacht worden. So käme mit Rücksicht auf die von Reipen veröffentlichten 303 Fälle als Prozentsatz für Carcinome in der Hallenser Frauenklinik eine Mortalitätsziffer von 22 verstorbenen auf 330 Operierten = 6,6 %. (Unter den hier erwähnten 129 Fällen sind 14 gestorben; siehe Reipen.)

Eine weitere Indikation zur Totalextirpation gaben Myome in 28 Fällen, die durch hochgradige Blutungen, wehenartige Schmerzen, Harndrang (ohne dass die Frauen urinieren konnten),

[1]) W. Reipen, Die Dauererfolge der vaginalen Totalextirpation des carcinomatösen Uterus, Leipzig 1901.

Schwächegefühl, rasches Wachstum des Tumor, bisweilen durch ziemlich starke Anämie und Verdacht auf maligne Entartung eine radikale Behandlung heischten.

Früher verhielten sich die deutschen Operateure sehr zurückhaltend gegenüber der Totalextirpation bei Myom, während in Frankreich (Péan und Doyen) durch dieselbe der abdominellen Methode und der Castration viel Boden entzogen war. In Deutschland berichtet zuerst Gusserow[1]) über einige durch Totalextirpation behandelte Myomfälle, 1897 Martin über 4 glücklich geheilte Fälle; 1890 veröffentlicht Leopold[2]) 21 Fälle mit 13% Mortalität; im weiteren Verlauf der Jahre, angesichts der Vervollkommnung der Methode, mehren sich die Publikationen, und heute scheinen die Operateure der vaginalen Totalextirpation bei Fibrom und Myom ziemlich sympathisch gegenüber zu stehen.

Ich will auf die einzelnen Statistiken nicht näher eingehen, sondern mich an das gegebene Material halten. — Bis 1897 hatte Fehling die Operation nur 2 mal wegen Fibroiden ausgeführt, weil er damals die Castration bevorzugte; heute kann ich von 28 weiteren Fällen berichten, die alle geheilt entlassen wurden, sodass auf 30 Myomoperationen 0% Mortalität zu verzeichnen ist. Vergleichsweise führe ich noch einige Daten anderer Operateure an:

Bumm	50	Fälle	mit	0% Mortalität
Chrobak	120	„	„	4,16% „
Leopold	47	„	„	4,2 % „
Schanta	146	„	„	3,3 % „
Fehling	30	„	„	0% „

[1]) Gusserow, Neubildungen des Uterus, 1886.

[2]) Leopold, Operative Behandlung der Uterusmyome, Archiv f. Gynaekologie, Band 38, Heft.

Zu erwähnen ist, dass in 8 Fällen der Uterus nicht in toto, sondern durch Morcellement und einmal durch Ausschälung nach Ségond entfernt wurde.

Die Heilungsdauer war in mehreren Fällen verzögert: 2 male trat Thrombophlebitis in der rechten oder in beiden unteren Extremitäten auf; einmal bestand Pyelonephritis mit schneidenden Schmerzen in der rechten Niere, während des Wasserlassens und schliesslich komplizierte sich der Verlauf einmal durch Pneumonia crouposa.

Prolapsus uteri cum Inversio vaginae oder Descensus vag. mit oder ohne Cystocele, meist mit Elongatio colli (einmal mit Retroflexio uteri) gab in 11 Fällen Anlass zur Totalextirpation, nachdem sich gezeigt hatte, dass andere therapeutische Massnahmen nichts fruchteten. Hier handelte es sich um Frauen, von denen nur zwei das 46. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten. Der Operation wurden meist nach 14 Tagen Nachoperationen angeschlossen, so in 5 Fällen Kolporrhaphien oder Kolpoperineorrhaphien und in 3 Fällen die Lawson-Tait'sche Operation; immer wurde bei der ersten Operation das Peritoneum durch Naht geschlossen.

Verzögerter Verlauf fand 2 mal statt und wurde beide Male durch intercurrente Parotitis, daneben einmal noch Cystitis bedingt. Bei der Entlassung zeigte sich bei einer dieser Patientinnen (53 Jahre alt) eine Inaktivitätsatrophie der Beine.

Hier ist auch im Anschluss an die Operation ein Todesfall an Sepsis accutissima zu verzeichnen. Wenn ich nun die bereits von Hille[1]) publizierten 22 Fälle aus der Hallenser

[1]) A. Hille: 100 Fälle vag. Totalextirpation des Uterus aus der Hallenser Frauenklinik, Inaug.-Diss. 1897.

Klinik mitrechne, so ergeben sich 33 Fälle mit einem Todesfall = 3,03% Mortalität.

Die Meinung über die Berechtigung der Totalextirpation bei Prolaps ist bis heute noch eine ziemlich schwankende, ebenso wie auch die Indikationsstellung in den verschiedenen Ländern. Die Engländer, Amerikaner und teils auch die Franzosen sind ihr weniger geneigt als die Deutschen. Eine umfangreiche Zusammenstellung aus der Litteratur findet sich in der Inauguraldissertation von R. Schlatter, Basel 1897, worauf ich nur kurz verweise. Der Autor resumiert 178 Fälle plus 8 aus der Baseler Klinik = 186 Operierte mit 13 Todesfällen = 6,9% Mortalität.

Wegen Metroendometritiden ist die Totalextirpation des Uterus unter den 209 Operierten 5 mal ausgeführt worden, Hille erwähnt noch 2 weitere, die glatt verliefen. Die Indikation zur Operation gaben vor allen Dingen unstillbare Blutungen, die durch keine andere Therapie (Ausschabung war des öfteren vergebens versucht worden) gehoben werden konnten. Bei einer Patientin war infolge der Blutung Erschöpfungsneurose eingetreten, eine andere litt an Herzschwäche und eine dritte an jauchendem Ausfluss, wobei Verdacht auf Portiocarcinom in Frage kam; zudem wurde bei einer 37jährigen Frau doppelseitige Oophoritis konstatiert. Das Alter der Patientinnen schwankte zwischen 37 und 51 Jahren. — Der Verlauf des Krankenbettes war bei allen ohne Komplikation, und die Operierten wurden ohne Beschwerden als geheilt entlassen.

Metroendometritiden durch Totalextirpation geheilt, sind erst ziemlich vereinzelt in der Litteratur zu finden. Ich erwähne nur die mir bekannten Fälle: Bücheler zitiert aus Kaltenbachs

Material einen mit glattem Verlauf; Ehrendorfer[1]) giebt eine sehr eingehende und interessante Krankengeschichte von einer 43jährigen Patientin; Münchmeyer[2]) erwähnt gleichfalls einen Fall mit zugleich bestehender rechtsseitiger Oophoritis.

Als letzte Indikation erübrigt mir noch der chronischen Adnexerkrankungen Erwähnung zu thun, die 25 mal Anlass zur Operation gaben. Leopold und Landau haben sich unter den Deutschen um die Aufnahme der Totalextirpationen bei Adnexitiden besonders verdient gemacht, und Fehling wurde durch die günstigen Resultate jener Operateure veranlasst, eigene Erfahrungen zu sammeln. 1897 weist seine Statistik erst 2 Fälle auf, jetzt sind es summa summarum 27.

Die Indikation zur Operation bestand in den hochgradigen Beschwerden: oft fieberten die Kranken und waren arbeitsunfähig: krampfartige, stechende Schmerzen im Unterleib, foetider Fluor, Urinbeschwerden mit Brennen beim Wasserlassen, Obstipation, Blutungen, zuweilen peritonitische Attacken machten ihnen das Leben unerträglich.

Die Diagnose war in den meisten Fällen Pyosalpinx, Endosalpingitis purulenta und Abscessus ovarii mit oder ohne Pelvioperitonitis adhaesiva. Hier will ich 3 Operierte etwas mehr berücksichtigen, weil sie von den eben erwähnten in Bezug auf die Art der Erkrankung abwichen.

1. Eine 25jährige Drittgebärende kam mit drei Bauchdeckenfisteln, die von einer früheren Laparatomie herrührten (Näheres über Ursache und Operation liegt nicht vor), sie klagte über stechende Schmerzen im Unterleib, profuse und starke Menses, Fieber bestand nicht. Nachdem Tuberkulose

[1]) Ehrendorfer, Wiener klin. Wochenschrift 1892, Nr. 12 u. 13.
[2]) Münchmeyer, Arch. f. Gynaekologie, Bd. 36, Heft 3.

der Adnexe diagnostiziert war, wurde die Totalextirpation nach Doyens Vorgang zur leichteren Entwicklung der Adnexe vorausgeschickt, dann die Adnexe entfernt und die Peritonealwunde tamponiert; der Krankheitsverlauf war glatt, die höchste Temperatur 38,5 ° C., und am 17. Tage post operationem konnte Patientin geheilt entlassen werden.

2. Eine 48jährige Nullipara litt an starken Schmerzen im Unterleib, grosser Hartleibigkeit, Muskelschmerzen und hochgradiger Appetitlosigkeit. Bei der Untersuchung ergab sich eine Retrofletio uteri mobilis, eine Pelvioperitonitis chronica adhaesiva und cystische Entartung des rechten Ovarium. Nach der Operation wurde die Peritonealwunde tamponiert; der weitere Verlauf gestaltete sich glatt, die höchste Temperatur war 37,7 ° C. Am 18. Tage post operationem wurde Patientin geheilt entlassen.

3. Der dritte Fall war ein in seinem Verlauf sehr komplizierter. Die 24jährige Frau war seit einem halben Jahre verheiratet und klagte nun über starke Schmerzen im Unterleib, Fluor albus und Eiterabgang im Stuhl. Die Menses waren immer regelmässig, vierwöchentlich, fünftägig und ohne besondere Schmerzen. Die Untersuchung in Narkose ergab einen Tumor tubo-ovarialis sin. und ein Pyovarium dextrum. Da das Pyovarium während der Untersuchung platzte, wurde nach Verlauf von zwei Tagen zur Operation geschritten. Diese verlief gut, und die Peritonealwunde wurde tamponiert.

Als nach 7 Tagen die Tampons entfernt wurden, ergab sich eine Scheiden-Darmfistel, aus der sich schliesslich der Kot vollständig entleerte. Nun wurde täglich tamponiert, bis der Stuhl normal durch den After abging. Etwa 5 Wochen nach der Operation stellte sich andauerndes Fieber ein, der

Stuhlgang war mit Eiter untermischt. Da entschloss man sich zur Laparatomie behufs Darmnaht.

Nach der Operation besserte sich das Befinden anfangs, aber im weiteren Verlauf zeigte sich doch, dass der Eiter im Stuhle weiter bestand. Das Befinden der Patientin verschlechterte sich allmählich und 2 Monate nach der Laparatomie verstarb sie an tuberkulöser Peritonitis, die durch die Sektion bestätigt wurde und wahrscheinlich ihren Ausgang von einer Perforationsöffnung im Coecum genommen hatte.

An diesen so traurig verlaufenen Fall schliesse ich noch die beiden, in diese Rubrik gehörigen Todesfälle: eine 21 jährige Frau, die wegen eines gonorrhoischen Tuboovarialtumor mit Pelvioperitonitis operiert worden war, starb 5 Tage nach der technisch sehr schwierigen Operation an Peritonitis purulenta; die zweite 34 jährige Frau, bei der ein linksseitiger Tuboovarialabscess konstatiert war, und die schon mit Fieber in die Klinik kam, starb 1 Tag nach der Operation an Sepsis.

Indem ich die an tuberkulöser Peritonitis verstorbene Patientin als hierher gehörig nicht rechnen kann, bleiben mir 2 Todesfälle auf 25 — 1 Operationen plus 2 von Hille = 26 Fälle, also eine Mortalität von 7,69 %.

Wie ich bereits oben erwähnte, macht Fehling die Adnexoperationen nach dem Vorgehen Doyen's, und wendet meist nach der Operation die Beckenbauchhöhlentamponade an, hier konnte aber doch 7 male Peritonealnaht gemacht werden.

Der Verlauf des Krankenbettes war bei allen Operierten im ganzen ungestört, und die Entlassung der geheilten Patientinnen erfolgte zum Teil schon vor Ablauf der 3. Woche post operationem. Ein Fall wurde nur gebessert mit einer Rectovaginalfistel entlassen.

Jetzt bleiben mir noch die 6 vaginalen Operationen, denen die Laparatomie angeschlossen wurde; nur einmal war bei einem interstitiellen Myom der abdominale Weg von vornherein beabsichtigt. Bei den 5 anderen Fällen bestanden folgende Affektionen: Myom 1 mal, Adnextumoren 2 male, Corpus- und Cervixcarcinom 1 mal und schliesslich eine Ureteren-Blasen-Scheidenfistel, bei welcher unbeabsichtigterweise der seitliche Douglas eröffnet wurde, Darm sich in die Wunde drängte und dadurch Gefahr durch Sepsis in Betracht kam.

Unter diesen letzten 5 Fällen trat bei dem Myom, das durch Eudometritis kompliziert war, Nephritis und Pyelonephritis ein, und die Patientin starb am 15. Tage p. oper.

Doch eine nähere Beschreibung dieser Fälle erspare ich mir, da sie nicht in den Rahmen dieser Arbeit gehört.

Fasse ich nun alle vaginalen Totalextirpationen des Uterus einschliesslich der 100 von Hille publizierten Fälle aus der Hallenser Klinik zusammen, so haben wir:

100 Fälle mit 2 Todesfällen und
209 „ „ 17 „

macht zusammen 309 Fälle mit 19 Todesfällen = 6,14% Mortalität.

Am Schlusse meiner Arbeit angelangt, genüge ich einer angenehmen Pflicht, Herrn Professor Dr. Fehling für die gütige Überlassung des Materials und die freundlich gegebenen Auskünfte meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Ida Democh, evangelischer Konfession, am 27. Januar 1877 zu Statzen in Ostpreussen. Nachdem ich in Hirschfeld (bei Pr. Holland), Heiligenbeil und Lyck die Schule besucht hatte, ging ich mit dem Abgangszeugnis der höheren Töchterschule zu Lyck nach Königsberg, um mich im dortigen städtischen Seminar zum Lehrerinnenexamen vorzubereiten. Ostern 1895 bestand ich die Prüfung mit Erfolg und dem Rechte, an höheren Töchterschulen zu unterrichten. Ein halbes Jahr unterrichtete ich privat und vertretungsweise an der Töchterschule zu Lyck.

Herbst 1895 begann ich in Zürich in der Schweiz mein akademisches Studium. Nachdem ich das eidgenössische Maturitätsexamen, das erste und zweite propedeutische Examen bestanden hatte, ging ich Herbst 1898 nach Halle, wo ich „als Gast“ an der Friedrichs-Universität weiter arbeitete.

Für meine beiden letzten Studiensemester ging ich nach Zürich zurück und hatte bereits Anfang September 1900 meine Zulassung zum eidgenössischen medizinischen Staatsexamen, als ich Kenntnis von dem deutschen Bundesratsbeschluss erhielt und dadurch mir die Möglichkeit geboten wurde, in meinem Vaterlande meine Kräfte zu verwerten.

Ich verzichtete auf die eidgenössische Zulassung und reisste sofort nach Halle, wo ich am 3. November 1900 die ärztliche Vorprüfung wiederholte und dann zur ärztlichen

Staatsprüfung zugelassen wurde, die ich am 7. Dezember 1900 begann und am 18. März 1901 vollendete. Am 23. März 1901 bestand ich das Colloquium vor der Fakultät.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

In Zürich: Abeljanz, Bleuler, Dodel, Eichhorst, Ernst, Felix, Forel, v. Frey, Gaule, Goll, Haab, Kleiner, Kreis, Krönlein, Lang, Martin, Meyer, v. Monakow, Ribbert, Ruge, Schinz, Schlatter, Stöhr, Werner, Wyder, O. Wyss, v. Wyss.

In Bern: Tavel.

In Halle: Bunge, v. Bramann, Eberth, Fehling, Harnack, Heilbronner, v. Herff, Hippel, Hitzig, v. Mering, Reineboth, Weber.

Es sei mir gestattet, meinen hochverehrten Lehrern an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen. Zu besonderem Dank bin ich verpflichtet den Herren Professoren Eichhorst, Ernst, Krönlein und Ribbert, bei denen ich in Zürich als Unterassistentin arbeiten durfte. Nicht weniger zu Dank verpflichtet bin ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Hitzig, unter dessen Leitung ich im neuro-pathologischen Laboratorium der psychiatrischen Klinik meine Erstlingsarbeit „Beitrag zur spastischen Spinalparalyse“ machte.